

## **Blick zurück – Blick nach vorn**

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil, Farewell-Symposium am 1.9.2021 anlässlich der Emeritierung (1.5.2020)

### **Dank**

Beginnen möchte ich mit meinem herzlichen Dank an alle Vortragenden, von nah und fern. Ebenso möchte ich einen großen Dank richten an alle, die dieses Symposium zum Anlass meines Abschieds möglich gemacht haben: allen voran Prof. Klaus Schmeck, der die Idee hervorbrachte und bis zur Realisierung begleitete. Auf Grund der Corona-Pandemie musste der Termin zweimal verschoben werden. Manche Abschiedsveranstaltungen anderer Kollegen fielen darum einfach aus. Umso glücklicher bin ich, dass wir uns heute hier live oder virtuell treffen und das ‚Farewell‘ so begehen können. Das weiß ich sehr zu schätzen. Herzlichen Dank an das ganze Organisationsteam und die Abteilung Klinische Ethik!

im Anschluss an das Programm dieses Tages habe ich alle Beiträge kurz inhaltlich kommentiert. Diese spontanen Assoziationen werde ich hier nicht schriftlich wiedergeben. Ich möchte aber zusammenfassend festhalten, dass die Wahl der Themen, Arbeitsgebiete und Vortragenden einen gelungenen Querschnitt meiner Tätigkeit an der Abteilung für Klinische Ethik und in meiner Eigenschaft als Professorin für Medizin- und Gesundheitsethik darstellt. Wie es auch Klaus Schmeck und manche anderen Vortragenden erwähnten, spielte dabei die Förderung der nachkommenden Generationen eine wichtige Rolle für mich. Und daher freut es mich ganz besonders, dass Ralf Jox – ehemals PhD-Doktorand, und zwar der erste in Medizin- und Gesundheitsethik, heute Professor in Lausanne – hier seine Gedanken zum Umgang mit der Corona-Pandemie eingebracht hat. Die erwähnte Nachwuchsförderung profitierte sehr davon, dass ich mit meiner Arbeit seit vielen Jahren international sehr gut eingebettet gewesen bin. Eine Mehrzahl der absolvierten PhD-Dissertationen, darunter auch die von Ralf Jox, erhielt übrigens eine Auszeichnung; Eva Winkler, heute Heisenberg-Professorin, die heute leider nicht hier sein kann, bekam sogar den hiesigen Fakultätspreis – unerhört, dass eine Arbeit aus der *Medizinethik* diesen höchsten Preis der medizinischen Fakultät bekam.

Dokumentiert wird die wichtige internationale Zusammenarbeit am heutigen Tag durch den hervorragenden Keynote-Vortrag von Anne Slowther, Professorin in Warwick, einer führenden Kollegin in der Klinischen Ethik und langjährigen fachlichen Weggefährtin. Und, getreu dem Prinzip der Nachwuchsförderung, haben wir auch Elena Montaguti, unsere ehemalige Gast-Doktorandin und

jetzige Dottoressa in Varese, hier herzlich begrüßt: dass sie auf Deutsch einen Vortrag hält, hat einige Bewunderung ausgelöst – chapeau!

## **Blick zurück**

Meine Ablösung an den Basler Universitätsspitalern erfolgte formell bereits zum 1. Mai 2020 – durch Manuel Trachsel. Alles war anders durch die Corona-Pandemie. Einen Vorgänger hatte ich noch nie gehabt. Das bringt die Pionierrolle wohl mit sich, aber schon mehrere Nachfolger: in Wien, Göttingen und Freiburg i. Br. Und so war ich sehr gespannt ...

Acht Jahre Aufbau- und Entwicklungsarbeit haben wir geleistet für die Abteilung Klinische Ethik seit ihrer strukturellen Institutionalisierung. Eine Besonderheit war von Anfang an die Zusammenführung der Klinischen Ethik für alle lokalen universitären Spitäler in Basel unter einem Dach, inklusive UPK (und UKBB auf Basis einer individuellen Vereinbarung). Eigentlich hatte sich der Vorlauf aber schon über eine viel längere Zeit erstreckt: Seit meiner Berufung als Professorin an die Universität Basel 2001 gab es hier vor allem akute Ethikkonsultationen, die von besonders aufgeschlossenen Abteilungen wie z.B. Geburtshilfe / Pränataldiagnostik, Neonatologie oder Fortpflanzungsmedizin an der Frauenklinik angefragt wurden. Für die zunehmende Akzeptanz der Klinischen Ethik förderlich waren auch verschiedene Kooperationsprojekte (mit Förderung durch SNF u.a.m.), z. B. mit der Intensivmedizin und der Geriatrie.

Eine ähnliche Erfahrung hatte ich auch 1995ff in Freiburg i. Br. gemacht: Bestimmte klinische Abteilungen gingen als erste voran und schätzten die Ethikkonsultation als neuartige Hilfestellung. Zu diesen gehörten damals v.a. die Intensivmedizin und namentlich die Intensivpflege, aber auch manche operativen Fächer wie die Transplantationsmedizin waren hier sehr offen. Und auch in diesen frühen Jahren der Klinischen Ethik spielten unsere (hochrangigen) Drittmittelprojekte eine zentrale Rolle: Wissenschaftliche Dignität erwies sich als hervorragende Helferin beim Werben um Akzeptanz für die Klinische Ethik in der Universitätsmedizin.

In Basel erfolgte die Initialzündung zur Ethikkonsultation (EK) für die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) relativ spät, und zwar genau 2010 mit einer hochbrisanten forensisch-ethischen Fragestellung (der antiandrogenen Therapie bei einem nur bedingt entscheidungsfähigen jungen Rechtsbrecher). Diese einzelne EK war damals fast ein Politikum, konnte aber tatsächlich viel Vertrauen bilden – wahrscheinlich gerade aus dem Grund, dass sie im Vorfeld mit Anspannung erwartet worden war. Ab 2012 wurde die Ethikkonsultation dann immer mehr zu einem regulären Angebot für alle interessierten UPK-Abteilungen und zunehmend breit akzeptiert.

Subjektiv gesehen war es ein weiter Weg, der einen langen Atem brauchte: In meinen universitären Berufungsverhandlungen musste ich erkennen, dass die Pionierarbeit zur Klinischen Ethik aus meinen Freiburger Jahren (1995-2000) in Basel ab 2001 mehr oder weniger neu zu starten war. Und um die innovative Forschung, für die man mich ja nach Basel holen wollte, zu realisieren, brauchte es in der Schweiz damals ein Stehvermögen und gute Freunde, so stark blies der Gegenwind. Objektiv betrachtet, waren wir in Basel (trotz Gegenwind) international immer noch unter den Vorreitern. Aber es war eben eine Übung in sportlicher Ausdauer – mit gutem Ausgang.

Für diesen exzellenten Zusammenhalt danke ich meinen zahlreichen Kooperationspartnern an den universitären Spitälern und den hervorragenden Mitarbeitenden, die mit großem Einsatz die Klinische Ethikberatung nicht nur praktiziert, sondern auch deren Qualitätssicherung durch kreative und innovative Begleitforschung möglich gemacht haben. Ein besonderer Dank gebührt den Ethikbeiräten an USB und UPK: Diese beiden unabhängigen Gremien arbeiteten jahrelang höchst professionell und kooperativ mit uns zusammen. Als Präsident des USB-Ethikbeirats und Intensivmediziner konnte Prof. Hans Pargger an wichtigen Stellen sehr wirksame Unterstützung für die Institutionalisierung der Klinischen Ethik geben. Dies gilt ebenso für den früheren Präsidenten des UPK-Ethikbeirats Prof. Volker Dittmann, der auch als Rechtsmediziner und Forensischer Psychiater in der Fakultät und der gemeinsamen Lehre eine wichtige Bezugsperson für mich gewesen ist. Beide wirkten eng mit dem damaligen Dekan Albi Urwyler sowie den Klinikdirektoren Werner Kübler und Gerhard Ebner zusammen, um die strukturellen Voraussetzungen für die Klinische Ethik zu schaffen und zu festigen.

### **Blick nach vorn**

Es war bisher ein sanfter Ausstieg aus dem aktiven Berufsleben – mit vielfältigen, weiteren (frei gewählten) Aufgaben und für mich sehr angenehm.

Ich habe die Hoffnung, dass sich die in Basel erreichten Schritte und Strukturen der Klinischen Ethik als nachhaltig und stabil erweisen werden, dass das Team auch künftig konstruktiv zusammenarbeitet und die einzelnen Mitglieder sich gut weiterentwickeln können.

Ansprechen möchte ich noch vier Punkte, die mir inhaltlich wichtig sind:

#### ***1.) Ökonomisierung im Gesundheitswesen***

Sie ist wohl bis zu einem gewissen Grad unvermeidlich. Aber die Klinische Ethik selbst sollte auf keinen Fall dem Zweck untergeordnet werden, Kosten der

Patientenbehandlung zu reduzieren. Die bekannte Schneiderman-Study zur Wirksamkeit der Ethikkonsultation diene keineswegs der Einsparung von lebenserhaltenden Maßnahmen. Dass eines ihrer Ergebnisse darauf hindeutet, dass mittels Ethikkonsultation „sinnlose“ Therapien vermieden werden können, darf nicht vom Ziel der ethischen Unterstützung ablenken, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

## **2.) *Freiwilligkeit oder Pflicht zur Ethikberatung?***

Seit den ausgehenden 1990er Jahren wurde ich oft gefragt, ob das „Erfolgsmodell Ethikberatung“ nicht besser verpflichtend eingeführt werden sollte. Viele Jahre habe ich mit ‚nein‘ geantwortet und gewarnt, der Charme der freiwilligen Ethikberatung könnte dadurch zerstört werden, eine Verpflichtung könnte uns die Akzeptanz kosten.

Inzwischen sehe ich Beispiele, wie regelmäßige ethische Fallbesprechungen als Teil des professionellen Alltags – und damit quasi verpflichtend – durchgeführt werden, etwa in der Basler Intensivmedizin. Auch die rechtswirksame Vorgabe des BAG, über Fragen einer Präimplantationsdiagnostik im Einzelfall ethisch zu beraten und darüber zu berichten, kann offenbar problemlos, und mit bester Motivation, praktiziert werden, wie das Beispiel von Christian de Geyter und seiner Abteilung zeigt.

## **3.) *Prospektive, retrospektive oder präventive ethische Unterstützung?***

Für die Anerkennung und Etablierung der Klinischen Ethik war und ist die akute, schnelle und natürlich kompetente Hilfe ausschlaggebend. Diese Ethikkonsultationen können als Entscheidungshilfe prospektiv ausgerichtet sein oder retrospektiv, als Verarbeitungshilfe / „Lessons to learn“. Die verschiedenen Varianten stehen keinesfalls in Konkurrenz zueinander, sondern sind komplementär.

Heute sollten wir aber zusätzlich an die Möglichkeiten der Früherkennung oder sogar an die Chance einer primären Vermeidung von ethischen Problemketten denken. „Präventive Klinische Ethik“ ist hier das Stichwort für die jüngeren Generationen, die dieses wichtige Vorhaben verfolgen mögen.

## **4.) *Profil: Wer soll die Klinische Ethik künftig prägen?***

Die Klinische Ethik sollte keine fachliche Monokultur werden. Ich wünsche mir die Fachvertreter/innen: interdisziplinär, innovationsfreudig, integrativ und integer.

Anders als die allermeisten klinischen und therapeutischen Fachgebiete kennt die Klinische Ethik kaum den Erfolg durch Heilung, und sie hat selbst nur sehr begrenzte Mittel, Patientenschicksale aktiv positiv zu wenden. Wir brauchen daher eigene Konzepte für Erfolg und Gelingen. Und: Es ist mir ein Anliegen, dass die Mitarbeitenden den Umgang mit dramatischen und tragischen Inhalten in der Klinischen Ethik auch auf Dauer gesund verarbeiten können. Dafür tragen die Führungspersonen eine Mitverantwortung.

### **Zum Schluss**

Eine Pionierrolle geht meist mit erheblichen Risiken einher, deren man sich als junge, idealistische Person wohl selten bewusst ist. Davon habe ich einige kennengelernt.

Ich schätze mich glücklich – und das ist mir schon seit Jahren bewusst geworden –, dass ich nicht nur zur Pionierarbeit der Klinischen Ethik aktiv beitragen konnte, sondern dass ich bereits zu Zeiten meiner Berufstätigkeit erleben durfte, wie diese Innovation zunehmende Akzeptanz und Etablierung erfahren hat. Sicher trägt diese Wahrnehmung dazu bei, dass mein jüngster Rite de Passage, genannt Emeritierung, recht harmonisch verläuft.

Vor allem ein Projekt zeigt auf, wie „erwachsen“ die Klinische Ethik in den 2000er Jahren geworden ist: Es ist die internationale Konferenzen-Serie zur klinischen Ethikkonsultation (ICCEC), die 2001 von George Agich und mir ins Leben gerufen wurde. ICCEC belegt, wie tragfähig dieser Zweig der Ethik sogar in ganz verschiedenen Gesundheitssystemen verschiedener Erdteile sein kann. Trotz der Corona-Pandemie steht die 16. ICCEC bevor: <https://www.clinical-ethics.org/> Sie wird in Südafrika, Cape Town, (hybrid) stattfinden und damit erstmals auf dem afrikanischen Kontinent. Für die folgenden Jahre sind wiederum Tagungsorte in Europa und Nordamerika im Gespräch (Information auf der Website). Eine Tradition wird sichtbar.

Basel hat in der internationalen Klinischen Ethik Spuren gezogen und konnte bereits viele Personen und Gruppen in diesem Gebiet stärken.

Allen Beteiligten und Unterstützenden meinen herzlichen Dank und alles Gute!

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil